

BL_GERICHTE 725 18 344/194 vom 15. August 2019

BL Gerichte, 2019-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_18_344_194

FR: BL_GERICHTE 725 18 344/194 du 15 août 2019

IT: BL_GERICHTE 725 18 344/194 del 15 agosto 2019

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 19. Oktober 2018 ist demnach einzutreten.

E. 2

Vorweg ist auf die Einwände formeller Natur einzugehen. Der Beschwerdeführer beantragte in Bezug auf den Bericht von med. pract. H.____ vom 6. November 2018, dass dieser aus dem Recht zu weisen sei, eventualiter sei er bei den Akten zu belassen, im Rahmen der Beweiswürdigung aber nicht zu berücksichtigen. Nachdem der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Beschwerde ein neues Gutachten eingereicht hatte, sah sich die Suva zur Einholung einer weiteren medizinischen Stellungnahme durch den Kreisarzt veranlasst. In der Verfügung vom 18. Mai 2019 wurde ausführlich dargelegt, dass das Vorgehen der Suva nicht zu beanstanden sei. Zur Einholung einer internen medizinischen Stellungnahme berechnete sie einerseits der Grundsatz des rechtlichen Gehörs und andererseits die in Art. 53 Abs. 3 ATSG vorgesehene Möglichkeit der Wiedererwägung des Einspracheentscheids durch den Versicherungsträger bis zur Stellungnahme gegenüber dem Gericht. Die Einreichung einer solchen Stellungnahme war demnach zulässig und diese ist folglich zu den Akten zu nehmen. Der Beschwerdeführer seinerseits hatte im Rahmen der Replik Gelegenheit, sich zum Bericht von med. pract. H.____ zu äussern und zu den einzelnen Punkten Stellung zu nehmen. Damit ist sein Anspruch auf rechtliches Gehör ebenfalls gewahrt worden. Von Rechts wegen gibt es weiter keinen Grund, den Bericht von med. pract. H.____ von der Beweiswürdigung

auszunehmen. Davon zu unterscheiden ist die Frage der Beweiskraft des medizinischen Berichts. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zukommt, wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet, in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen, sind sie beweiskräftig. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.7).

E. 3

In materieller Hinsicht streitig und zu prüfen ist, ob die Suva zu Recht von einem Endzustand per 30. Juni 2018 ausgegangen ist und die heutigen Beschwerden als nicht unfallkausal beurteilt.

E. 3.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufs-unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

E. 3.2

Die vorübergehenden Leistungen, wie Taggelder und Heilbehandlung, hat der Unfallversicherer - sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und ist ein Endzustand eingetreten, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Einstellung der vorübergehenden Leistungen und der Fallabschluss mit der Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung hängen derart eng zusammen, dass von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist (vgl. BGE 144 V 354 E. 4.2).

E. 3.3

Von einem Endzustand ist auszugehen, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt und entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht

ist. Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Unfallversicherung die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Zustandes, wie er vor dem Unfall bestand oder sich ohne diesen ergeben hätte (status quo sine vel ante). Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre (überwiegend wahrscheinliche) kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2018, 8C_276/2018, E. 2.3 mit weiteren Hinweisen).

4.1 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Dagegen sind - wie bereits erwähnt - bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Die Suva stützte sich in Bezug auf die Beurteilung des Endzustandes auf die kreisärztlichen Berichte von Dr. C.____ vom 25. September 2017, vom 3. Mai 2018 sowie vom 20. August 2018. Im Bericht

vom 25. September 2017 nannte Dr. C.____ als Diagnosen persistierende anterolaterale Knieschmerzen bei Status nach mehrfachen intraartikulären Infiltrationen letztmals am 8. August 2017, einen Status nach Neurotomie des Ramus intrapatellaris des Nervus saphenus nach diagnostischer Kniearthroskopie und Hoffa-Débridement des rechten Knies am 5. Dezember 2016 bei Narbenentrapment des Ramus infrapatellaris sowie bei Hoffa-Impingement des rechten Knies bei Status nach diagnostisch-therapeutischer Kniearthroskopie rechts mit intraartikulärem Débridement sowie einen Status nach Resektion der Plica mediopatellaris am 25. Mai 2016 bei Status nach traumatisierter Plica mediopatellaris nach Anpralltrauma. Der Versicherte habe über belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes berichtet, welche insbesondere bei Belastungen über 10 kg, beim Gehen auf unebenem Gelände sowie beim Treppensteigen auftreten würden. Das Gehen auf gerader Strecke sowie das Stehen und Sitzen seien uneingeschränkt möglich. Zusätzlich habe er seit der letzten Injektion am 8. August 2017, welche massive Beschwerden verursacht habe, ein Fremdkörpergefühl intraartikulär lateralseitig. Vor dieser Injektion sei er vonseiten des Kniegelenkes weitgehend beschwerdefrei gewesen. Zusätzlich würde es im Kniegelenk beim Aufstehen nach längerem Sitzen zu einem Schnappgefühl unterhalb der Patella kommen. Dr. C.____ stellte fest, dass im Bereich der Injektionsstelle eine Druckschmerzhaftigkeit anterolateral bei reizlosen Hautverhältnissen bestehe. Insgesamt könnten die belastungsabhängigen Gelenksbeschwerden aber sowohl neurologisch als auch orthopädisch nicht erklärt werden. Therapien zur namhaften Verbesserung der Beschwerden im Kniegelenk beständen aktuell aus kreisärztlicher Sicht nicht. Auch die physiotherapeutischen Behandlungen seien eingestellt worden. Somit sei ein medizinischer Endzustand erreicht. Bezüglich der unfallbedingten Zumutbarkeit gelte die von der D.____ vom 13. Juni 2017 festgelegte Beurteilung. Dem Versicherten seien leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar, wobei Zwangshaltungen wie Knien, Kauern, Hocken, Treppen- und Leiternsteigen zu vermeiden seien. Aufgrund der guten Beweglichkeit und der fehlenden degenerativen Veränderungen im Bereich des Kniegelenkes rechts sei eine Integritätsentschädigung nicht geschuldet. 5.2 Ab Oktober 2017 absolvierte der Versicherte im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle ein Arbeitstraining in einer Autogarage. Am 29. Januar 2018 suchte er infolge zunehmender Schmerzen im Knie die Notfallstation auf. Gemäss Austrittsbericht des B.____ vom 30. Januar 2018 habe er zwei Wochen zuvor bei der Arbeit schwere Autoreifen gehoben, woraufhin ein Knacken im rechten Kniegelenk mit zunehmender Ausstrahlung von Schmerzen in den rechten Oberschenkel und den Rücken eingesetzt habe. Klinisch lägen eine deutliche Druckdolenz im Bereich des anterioren medialen Kniegelenkspaltes über der Narbe vor und eine leichte Druckdolenz über dem lateralen Gelenkspalt. Bei der Flexion über 90° träten starke Schmerzen auf. Radiologisch zeigten sich in der konventionellen LWS-Aufnahme keine Auffälligkeiten im Vergleich zum am 12. Juni 2017 durchgeführten MRT der LWS. Im Bereich des rechten Knies gebe es keine frischen ossären Läsionen. In Rücksprache mit den Kollegen der Orthopädie wurde der Ausbau der analgetischen Therapie und eine baldmögliche Vorstellung in der orthopädischen Sprechstunde zur weiteren Abklärung empfohlen. Zur genauen Beurteilung der exazerbierten Beschwerden wurde am 15. Februar 2018 ein MRI des rechten Knies durchgeführt. Die Bilder zeigten eine leichte Gonarthrose ohne Nachweis eines höhergradigen Knorpelschadens oder einer frischen Meniskusverletzung, eine geringe, vorbekannte Binnendegeneration der Meniskushinterhörner beidseits, intakte Kreuz- und Kollateralbänder, eine intakte und

gestreckte Patella- sowie Quadricepssehne sowie eine vorbekannte mässige Trochleahypoplasie. Bei wenig auffälligem MRI-Befund empfahl der behandelnde Kniepezialist des B.____ die Vorstellung bei ihrem Kollegen der Schmerzprechstunde (vgl. Bericht vom 28. Februar 2018). Im Bericht der ambulanten Schmerzprechstunde vom 13. April 2018 wurde festgehalten, dass das Knie reizlos sei, das Gangbild aber mit Schonhinken. Das Knacken lasse sich passiv nicht reproduzieren, sei aber aufgetreten, als der Patient zusätzlich das Bein belastet habe. Weiter liege eine diskrete Atrophie der Oberschenkelmuskulatur rechts vor. Die medial betonten Knieschmerzen seien kaum mehr vorhanden, dafür nun neu laterale Knieschmerzen, welche klar belastungsabhängig seien. In diesem Bereich könne keine Intervention angeboten werden. Empfohlen werde eine intensive physiotherapeutische Behandlung unter medikamentöser Schmerztherapie. 5.3 Im zweiten kreisärztlichen Bericht vom 3. Mai 2018 nahm Dr. C.____ zur neuen medizinischen Situation Stellung. Gemäss den Arztberichten hätten sich die Beschwerden von mediallyseitig zunehmend wieder nach anterolateral verlagert. Beklagt würden von neuem die bereits vor der Beschwerdeexazerbation im November 2017 (recte Januar 2018) bestehenden anterolateralen Knieschmerzen. Zusätzliche strukturelle Läsionen hätten ausgeschlossen werden können. Ursächlich für die Beschwerdeexazerbation sei überwiegend wahrscheinlich eine Überbeanspruchung des rechten Knies aufgrund des Hebens des schweren Autoreifens, welcher bezüglich der Gewichtsbelastung über dem definierten Zumutbarkeitsprofil gelegen habe. Die Folgen der Überbeanspruchung sollten bei fehlenden strukturellen Läsionen im Verlauf von drei Monaten vollständig ausgeheilt sein. In Übereinstimmung hiermit seien die initial beklagten Beschwerden am medialen Kniegelenk nicht mehr ausgeprägt vorhanden. Der medizinische Endzustand sei nun wieder erreicht und das unfallbedingte Zumutbarkeitsprofil unverändert gültig. Daraufhin schloss die Suva den Fall per 30. Juni 2018 ab. 5.4 Am 25. Juni 2018 begab sich der Beschwerdeführer zur Kontrolluntersuchung zu Dr. med. J.____, Teamleiter Kniechirurgie, des B.____. Dr. J.____ hielt fest, dass im Vordergrund der Beschwerden weiterhin das schmerzhafte Schnappen im Bereich des rechten Kniegelenks stehe. Beim rechten Knie lasse sich ein deutliches Knacken in Flexion feststellen. Der Ursprung des schmerzhafte Schnappens sei am ehesten popliteal zu lokalisieren. Zur genaueren Abklärung sei eine Sonographie angezeigt. Dem Versicherten wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Bericht des B.____ vom 29. Juni 2018 sowie ärztliches Attest). 5.5 Die Sonographie fand am 16. Juli 2018 statt. Gemäss Bericht des B.____ vom 20. Juli 2018 wurde neu der Verdacht auf ein schmerzhafte Schnappen der Semimembranosussehne gestellt. Es sei ein deutliches Springen/Knacken vom Übergang von Flexion in Extension zu hören und postero-medial zu spüren. Die Semimembranosussehne weise ein heterogenes Signal (leichte Signalminderung) auf, jedoch keine akute Schwellung oder fokale Flüssigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit werde nochmals um 6 Wochen verlängert. 5.6 Die Suva bat die Kreisärztin Dr. C.____, den Sachverhalt neu zu beurteilen. Dr. C.____ fasste in ihrem dritten Bericht vom 20. August 2018 zusammen, dass beim Versicherten persistierende anterolaterale Knieschmerzen dokumentiert seien. Gemäss Bericht des B.____ vom 25. Juni 2018 bestehe nun neu ein schmerzhafte Schnappen, welches am ehesten popliteal lokalisiert sei. Die Ultraschalluntersuchung habe eine Heterogenität der Semimembranosussehne gezeigt, welche Ausdruck eines klinisch bei aktiver Bewegung provozierbaren Knackens sein könnte. In Übereinstimmung mit der ärztlichen Beurteilung sei die Problematik an der Semimembranosussehne eine mögliche Folge des Ereignisses vom 8. Februar 2016. Der erforderliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

sei nicht erreicht. 5.7 Mit Bericht des B.____ vom 28. August 2018 wurde eine unveränderte Situation beschrieben. Zur Beschwerdeverbesserung wurde eine Infiltration vorgeschlagen. Der Versicherte sei nach wie vor arbeitsunfähig. Mit Verlaufsbericht vom 24. September 2018 wurde festgehalten, dass die Beschwerden nach der Infiltration zugenommen hätten. Das Schnappen werde immer stärker, Treppauf- und Treppabsteigen seien nur unter starken Schmerzen möglich. Der Einbeinstand sei aufgrund der Muskelschwäche nicht machbar. Es ständen zwei Operationen zur Diskussion; eine erneute Infiltration mit der Hoffnung auf Beschwerdeverbesserung oder ein operatives Abhängen der Semimembranosussehne mit Verlust der Funktionsfähigkeit. Der Versicherte habe sich für eine weitere Infiltration entschieden. Eine Verlaufskontrolle sei in sechs Wochen geplant, bis dahin sei der Versicherte weiterhin 100% arbeitsunfähig. 5.8 Dr. F.____ erstattete am 17. Oktober 2018 im Auftrag des Versicherten im Rahmen des Beschwerdeverfahrens ein Privatgutachten. Dr. F.____ fasste den medizinischen Sachverhalt wie folgt zusammen: Beim Unfallereignis vom 8. Februar 2016 sei es zu einer Patellaluxation am rechten Knie gekommen. Im weiteren Verlauf habe sich eine Patellainstabilität bei Läsion des medialen, patellofermoralen Ligamentes gezeigt. Es sei eine konservative Therapie begonnen worden. Am 29. März 2016 sei Cortison und Mepivacain injiziert worden. Es hätten permanente Schmerzen und Beschwerden bestanden im Bereich des rechten Kniegelenkes. Bei 50%iger Arbeitsfähigkeit im April 2016 seien verstärkt Beschwerden aufgetreten bis zur Arbeitseinstellung am 10. Mai 2016. Die durchgeführte Arthroskopie vom 25. Mai 2016 habe eine ausgeprägte, posttraumatisch veränderte Plica mediopatellaris mit narbigen Fasersträngen gezeigt; diese sei teilweise reseziert worden. Durch die Arthroskopie sei es zu einer zusätzlichen Verletzung des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus rechts mit einer anhaltenden Schmerzsymptomatik gekommen. Am 5. Dezember 2016 sei eine erneute Arthroskopie des rechten Kniegelenkes durchgeführt worden, der Hoffaschen Fettkörper sei debridiert und eine offene Neurolyse und Neurotomie des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus durchgeführt worden. Im Januar 2017 sei ein Schnappgeräusch bei Extension im Bereich des ventralen Kniegelenkes festgestellt worden (vgl. Bericht des B.____ vom 26. Januar 2017). Kernspintomographisch finde sich im Juni 2017 nun eine neue Fehlposition der Kniescheibe mit wellig verlaufender Patellarsehne. Trotz Rehabilitation seien Schmerzen am lateralen Rand des Kniegelenkes geblieben. Im August 2017 seien auch Schmerzen anterolateral nach erneuter Infiltration vom 8. August 2017 dokumentiert. Die anterolateralen Kniegelenkschmerzen hätten im September 2017 persistiert. Ungeachtet der anhaltenden Schmerzen sei es zur Arbeitsaufnahme gekommen. Im Januar 2018 habe der Versicherte nach einem Hebetrauma ein schmerzhaftes Knacken im rechten Knie verspürt und notfallmässig das B.____ aufgesucht. Seit der Überlastung hätten sich die Beschwerden verstärkt. Eine weitere orthopädische Abklärung mit Kernspintomographie des rechten Kniegelenkes am 15. Februar 2018 habe eine leichte Gonarthrose bei vorbekannter, mässiger Trochleahypoplasie ergeben. Klinisch habe sich am rechten Knie eine Druckdolenz am medialen Kniegelenkspalt und über der distalen Patellafacette gezeigt. Bei Aussenrotation hätten Schmerzen am medialen Gelenkspalt bestanden. Die Sonografie des rechten Kniegelenkes am 16. Juli 2018 bei Schnappphänomen am Knie posterior und Beschwerden anteromedial nahe der Patella habe im Bereich der Semimembranosussehne keine Auffälligkeiten gezeigt. Eine springende Semimembranosussehne sei dokumentiert durch eine dynamische Untersuchung. Klinisch habe ein schmerzhaftes Springen posteromedial am Kniegelenk bestanden. Schmerzmittel seien eingenommen und

Physiotherapie durchgeführt worden. Als Therapieoption seien Infiltrationen angeboten und später auch durchgeführt worden. Mit Datum vom 14. August 2018 werde die Problematik an der Semimembranosussehne als mögliche Folge des Ereignisses vom 8. Februar 2016 gesehen. Dr. F. ____ kam zum Schluss, dass der Versicherte nahezu von Anfang an an medialen und lateralen Beschwerden des Kniegelenkes und im Bereich der Kniescheibe gelitten habe. Muskuläre Insuffizienzen seien durchgängig dokumentiert. Ein Schnappphänomen am Knie sei bereits im Januar 2017 festgestellt worden. Es bestehe eine durchgehende Brückensymptomatik bezüglich der am Kniegelenk festgestellten Probleme und Beschwerden. Es könne keineswegs als gesichert angesehen werden, dass das in der dynamischen Untersuchung festgestellte Schnappen der Semimembranosussehne für die heute vorliegenden Beschwerden ursächlich sei. Vielmehr handle es sich lediglich um eine Vermutung. Ganz im Gegenteil habe eine probatorische Infiltration nach anfänglicher Besserung zu einer Verschlimmerung der Schmerzproblematik geführt. Die verminderte Belastbarkeit bzw. die verstärkte Beschwerdesymptomatik bei Belastung und die anhaltenden, chronischen Schmerzen beständen seit dem Unfallereignis durchgehend. Die Krankengeschichte mit dem für die initiale Verletzung typischen (wenn auch in seiner Intensität aussergewöhnlichen) Beschwerde- und Schmerzverlauf zeige eindeutig, dass die heute noch vorhandenen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallgeschehen und die nachfolgende Behandlung ausgelöst worden seien. Bei dieser komplexen Beschwerdesymptomatik erscheine es nicht möglich, gesondert von einer unfallfremden Problematik der Semimembranosussehne zu sprechen. Bei der Analyse des Verlaufs falle ebenso auf, dass die Behandlung zu keinem Zeitpunkt abgeschlossen gewesen sei und wiederkehrend invasive Massnahmen (Infiltrationen) durchgeführt worden seien. Cortisonspritzen könnten zu irreversiblen Veränderungen am Knorpel und an Sehnen geführt, invasive Massnahmen (Arthroskopie) Verwachsungen und Verklebungen ausgelöst haben. Diese Veränderungen stellten sich über die Zeit ein, es handle sich um einen dynamischen Prozess. Daher dürfe auch der heutige Zustand des rechten Kniegelenkes rein medizinisch betrachtet keinesfalls als Endzustand bezeichnet werden. 5.9 Im Sprechstundenbericht des B. ____ vom 15. Oktober 2018 wurde nun als Diagnose ein therapierefraktäres, schmerzhaftes Schnappen gestellt und differenzialdiagnostisch eine femoropatelläre Maltracking-Problematik bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance sowie Schnappen der Semimembranosussehne. Der Versicherte lokalisiere die Schmerzen gegen anteromedial parapatellär, nicht mehr gegen posteromedial wie zuletzt. Hier sei das Schnappen im femoropatellären Bewegungsablauf deutlich auslösbar. Die Muskulatur sei klar dekonditioniert. Die zweite Infiltration habe keine Besserung gebracht. Aus orthopädischer Sicht könnten momentan keine weiteren Massnahmen empfohlen werden, weshalb sich eine Standortbestimmung in der Schmerzsprechstunde aufdränge. 5.10 Am 6. November 2018 nahm Kreisarzt med. pract. H. ____ seitens der Suva zum medizinischen Verlauf, insbesondere zur Beurteilung von Dr. F. ____ Stellung. Er kam zum Schluss, dass sich aus der Beurteilung von Dr. F. ____ keine neuen Erkenntnisse ergäben, die gegen den Fallabschluss per 30. Juni 2018 sprechen würden. Dr. F. ____ lege ihrer Stellungnahme zugrunde, dass am 8. Februar 2016/17. Februar 2016 eine traumatische Patellaluxation erfolgt sei. Eine solche traumatische Patellaluxation sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten und bildgebend nicht objektiviert. Die Veränderungen der Semimembranosussehne seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Vielmehr seien die Beschwerden typisch für ein Maltracking der Patella bei anlagebedingten anatomischen Veränderungen. 5.11 Schliesslich ist noch der Bericht von

Dr. I. ____ vom 23. Februar 2019 zu erwähnen. Als Diagnosen nannte er positive Patellazeichen im Sinne eines femoropatellaren Schmerzsyndroms, eine Instabilität der Patella mit positiven Apprehension-Zeichen, eine Tendinitis Pes anserinus (Bezeichnung für zwei unterschiedliche Sehnenstrukturen auf der Innenseite des Unterschenkels)/Semimembranosussehne mit Schnappen und Amyotrophie der linken unteren Extremität sowie eine Elongation des vorderen Kreuzbandes des rechten Knies. Die heutigen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 8. Februar 2016 zurückzuführen. Beim Unfall sei es nicht nur zur traumatischen Luxation der Kniescheibe, die nach wie vor instabil sei und im weiteren Verlauf zu einer Femoropatellararthrose führen werde, gekommen, sondern auch zu einer Elongation des vorderen Kreuzbandes, welches sowohl klinisch ein verlängertes Lachman-Zeichen als auch im Arthro-KT1000 (Arthrometer zur apparativen Bestimmung der vorderen oder hinteren Tibiatranslation und somit zum Beweis einer vorderen oder hinteren sagittalen Instabilität) eine repräsentative Veränderung der vorderen Stabilität zeige. Diese Instabilität, welche der Versicherte im täglichen Leben bemerke und als "Gummi-Knie" bezeichne, verursache eine kompensatorische Stabilisierung des Kniegelenkes durch die erwähnte Pes anserinus/Semimembranosussehne (Agonisten des vorderen Kreuzbandes), was zu einer chronischen Entzündung mit Schnappphänomen führe. 6.1 Ob von einem Endzustand per 30. Juni 2018 auszugehen ist, lässt sich nach Würdigung der vorliegenden medizinischen Aktenlage nicht mit der notwendigen Bestimmtheit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sagen. Einigkeit besteht darin, dass der Versicherte im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen der IV und seiner Tätigkeit im Garagenbetrieb Arbeiten ausführen musste, welche über das Zumutbarkeits- und Belastungsprofil hinausgingen. Infolgedessen kam es nach Heben eines schweren Autoreifens im Januar 2018 zu einer Beschwerdeverschlimmerung und einem deutlichen Knacken im rechten Knie. Die Kreisärztin Dr. C. ____ ging im Mai 2018 davon aus, dass die Beschwerden drei Monate nach der Hebeverletzung abgeklungen sein müssten und der status quo sine vel ante nun erreicht sei. Zum Zeitpunkt des Berichts im Mai 2018 mag es zutreffen, dass von einer kurzzeitigen Stabilisierung der Beschwerden gesprochen werden konnte. Bereits im Juni 2018 exazerbierten diese aber erneut, wie dem Bericht des B. ____ vom 25. Juni 2018 entnommen werden kann, wonach im Vordergrund wieder das schmerzhaftes Schnappen im Bereich des rechten Kniegelenks stand und ein deutliches Knacken in Flexion zu lokalisieren war. Weitere Abklärungsmassnahmen wurden angeordnet und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Wie Dr. F. ____ in ihrer Stellungnahme richtig wiedergab, wurde ein Schnappphänomen bereits im Januar 2017 festgestellt (vgl. Bericht des B. ____ vom 26. Januar 2017). Auch Dr. C. ____ berichtete anlässlich ihrer Untersuchung vom 18. September 2017 von einem Schnappgefühl unterhalb der Patella (vgl. Kreisarztbericht vom 25. September 2017). Es handelt sich folglich um Beschwerden, die schon bekannt waren, durch die Überbelastung im Januar 2018 verstärkt wurden und im Juni 2018 offensichtlich derart präsent waren, dass weitere medizinische Abklärungen und eine Arbeitsunfähigkeit folgten. Der weitere medizinische Verlauf spricht demnach gegen einen Endzustand per 30. Juni 2018. In diesem Sinne äusserte sich auch Dr. F. _____. In nachvollziehbarer Weise legte sie dar, dass der Kausalzusammenhang zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis zu bejahen sei. Dass bedeutet zwar nicht per se, dass von weiteren Behandlungen noch eine massgebende Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte. Es bleibt jedoch gleichzeitig festzuhalten, dass der Versicherte aufgrund der deutlichen Kniebeschwerden weiterhin

behandlungsbedürftig war und eine Arbeitsunfähigkeit über einen längeren Zeitraum hinweg resultierte. Ob die Ursache der Kniebeschwerden tatsächlich eine Problematik der Semimembranosussehne ist oder nicht, lässt sich aufgrund der bestehenden Aktenlage ebenfalls nicht bestimmen. Aus den Berichten des B. ____ wird jeweils nur der Verdacht auf ein schmerzhaftes Schnappen der Semimembranosussehne geäußert. Dr. F. ____ ist der Auffassung, dass eine solche Diagnose keinesfalls als gesichert angesehen werden dürfe. Die behandelnden Ärzte im B. ____ gingen sodann später davon aus, dass ein therapierefraktäres, schmerzhaftes Schnappen als Diagnose gestellt werden müsse und lediglich differenzialdiagnostisch eine femoropatelläre Maltracking-Problematik bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance und Schnappen der Semimembranosussehne. Schliesslich erachtete Dr. I. ____ eine Tendinitis Pes anserinus/eine Semimembranosussehne mit Schnappen und Amyotrophie der linken unteren Extremität sowie eine Elongation des vorderen Kreuzbandes des rechten Knies als massgebend. Wie es sich damit verhält, lässt sich wie gesagt aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht klären. Festhalten lässt sich jedoch, dass aufgrund des dokumentierten medizinischen Verlaufs, insbesondere der Verlaufsberichte des B. ____, gefolgert werden kann, dass das Knacken und das Schnappphänomen, welche bereits früh dokumentiert waren, durch die Überlastung des Knies im Januar 2018 kontinuierlich zu extensiveren Beschwerden, invasiven Behandlungsmassnahmen und einer längeren Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Mit der Stellungnahme von Dr. F. ____ lässt sich jedenfalls ein Zusammenhang zwischen Unfall, Beschwerden, Behandlungen und Arbeitsunfähigkeit erkennen. Die isolierte Kausalitätsbeurteilung von Dr. C. ____ vom 20. August 2018 in Bezug auf die als Verdacht geäußerte Diagnose eines schmerzhaften Schnappens der Semimembranosussehne überzeugt dagegen nicht vollends. Inwiefern es sich dabei lediglich um eine - nicht entschädigungspflichtige - mögliche Folge des Ereignisses vom 8. Februar 2016 im Rahmen eines Rückfalles nach Endzustand per 30. Juni 2018 handeln soll, wird denn auch nicht weiter begründet. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass solange der status quo sine vel ante nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit per 30. Juni 2018 als erreicht gilt, die Rückfallfrage erstmals ausser Betracht fällt und der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel weiterhin neben den Taggeldern auch Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG zu leisten hat. 6.2 Die Zweifel an der Richtigkeit der kreisärztlichen Einschätzung der Sachlage werden ferner durch die Beurteilung von med. pract. H. ____ bestärkt. In seinem Bericht vom 6. November 2018 stellt er als einziger Mediziner und somit sowohl in Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Ärzte des B. ____ (vgl. Berichte vom 31. März 2016, 13. April 2016 und vom 5. August 2016) als auch in Widerspruch zum Kreisarzt Dr. med. K. ____, FMH Chirurgie, die Unfallkausalität in Frage (vgl. Bericht vom 8. August 2016), indem er aufgrund der Akten mit Verweis auf die Literatur zum Schluss gelangt, dass der Versicherte am 8. Februar 2016/17. Februar 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine traumatische Patellaluxation erlitten habe. Ferner seien die Veränderungen des Hoffa-Fettkörpers, die zur Arthroskopie vom 5. Dezember 2016 geführt hätten, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal wie auch das Schnappen der Patella. Diese Beurteilung zielt darauf ab, den Bericht von Dr. F. ____ in Frage zu stellen, welche - wie auch andere Ärzte - von einer Patellaluxation, ein Knacken und ein Schnappphänomen ausgehen. Dass die Kausalität der folgenden Eingriffe und Beschwerden davon abhängen könnte, dass eine Patellaluxation stattgefunden hat, stellt nicht einmal Dr. C. ____ zur Diskussion. Sie erachtete schlicht die Problematik mit der Semimembranosussehne als lediglich mögliche

Folge des Unfalls. Auf den Bericht von med. pract. H.____ vom 6. November 2018 kann folglich nicht abgestellt werden.

E. 7

Da der Entscheid über den Endzustand bzw. die Kausalität der noch vorhandenen Beschwerden nicht gestützt auf die vorliegenden Akten getroffen werden kann, ist die Angelegenheit zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens nach Art. 44 ATSG an die Vorinstanz - welche die Beweisführungslast trägt - zurückzuweisen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 8

Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben. Gemäss Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Rechtsvertreter hat gemäss Honorarnote vom 10. Juni 2019 einen angemessenen Aufwand von 13,25 Stunden ausgewiesen, welcher zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen ist. Der geforderte Stundenansatz von Fr. 300.-- ist folglich zu kürzen. Die Suva hat somit dem Rechtsvertreter ein Honorar in der Höhe von Fr. 4'007.25 (13,25 x Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 408.20 und 7,7% Mehrwertsteuer) auszurichten.

E. 9

Die Kosten eines von der versicherten Person veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Januar 2017, 8C_474/2016, E. 5 mit weiteren Hinweisen). Das Gutachten von Dr. F.____ vom 17. Oktober 2018 bildet eine wesentliche Grundlage für die Rückweisung zur Einholung eines externen Gutachtens, indem es - zusammen mit den Beurteilungen des B.____ - ausreichend Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen zu wecken vermochte. Dem Antrag des Versicherten, die Kosten für das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten der Suva aufzuerlegen, ist demnach stattzugeben.

E. 10

Gemäss Art. 90 BGG ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einer Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E.

4.2).

E. 11

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird erkannt: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 18. September 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Kosten für das Privatgutachten in der Höhe von Euro 1'000.-- werden der Suva auferlegt. 4. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'007.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.